

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

N° 75

DE

L'ECTOPIE TESTICULAIRE TRAUMATIQUE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de médecine de Montpellier

LE 31 JUILLET 1896

PAR

Henri DE FAJOLE

Né à St-Geniez-d'Olt (Aveyron)

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

MONTPELLIER

IMPRIMERIE CENTRALE DU MIDI

(HAMELIN FRÈRES)

—
1896

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. MAIRET (*)..... DOYEN
CARRIEU..... ASSESSEUR

PROFESSEURS

Hygiène.....	MM. BERTIN-SANS.
Clinique médicale.....	GRASSET (*).
Clinique chirurgicale.....	TEDENAT.
Clinique obstétricale et gynécologie	GRYNFELTT.
Thérapeutique et matière médicale.....	HAMELIN (*).
Clinique médicale.....	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses.....	MAIRET (*).
Physique médicale.....	IMBERT.
Botanique et histoire naturelle médicale	GRANEL.
Clinique chirurgicale.....	FORGUE.
Clinique ophtalmologique.....	TRUC.
Chimie médicale et pharmacie.....	VILLE.
Physiologie.....	HEDON.
Histologie.....	VIALLETON.
Pathologie interne.....	DUCAMP.
Anatomie	GILIS.
Opérations et appareils.....	ESTOR.
Médecine légale et toxicologie	N...
Id. Sarda (Ch. du c.)	
Anatomie pathologique.....	N...
Id. Bosc (Ch. du c.)	
Microbiologie.....	N...

PROFESSEURS HONORAIRES : MM. JAUMES, DUBRUEIL (*), PAULET (O *)

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique annexe des maladies des enfants.	MM. BAUMEL, agrégé.
Accouchements	PUECH, agrégé.
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées..	BROUSSE, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards.	ESPAGNE, agrégé libre.
Pathologie externe.....	N...

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM. BAUMEL	MM. LAPEYRE	MM. VALLOIS
BROUSSE	MOITESSIER	MOURET
SARDA	BOSC	DELEZENNE
LECERCLE	DE ROUVILLE	GALAVIELLE
RAUZIER	PUECH	

MM. H. GOT, *secrétaire.*
F.-J. BLAISE, *secrétaire honoraire.*

EXAMINATEURS DE LA THÈSE :

} MM. ESTOR, *président.*
TRUC.
LAPEYRE.
DE ROUVILLE.

La Faculté de médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend en donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE

LE DOCTEUR G. DE FAJOLE

Inspirateur et guide de ce travail

Hommage de reconnaissance.

H. DE FAJOLE.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

A MONSIEUR LE PROFESSEUR ESTOR

A MONSIEUR LE PROFESSEUR PAULET

H. DE FAJOLE.

AVANT-PROPOS

Au commencement de novembre 1892, je me trouvais dans ma famille, lorsque mon père fut appelé pour aller voir un jeune homme sur lequel son cheval s'était renversé et qui, au dire des témoins de l'accident, était très gravement malade. Mon père ne pouvant se rendre auprès du blessé, les autres médecins de la localité ne se trouvant pas non plus disponibles, je fus chargé, en ma qualité d'étudiant en médecine, d'aller lui donner les premiers soins.

Ce malade, dont l'observation est rapportée tout au long à la page 28 de ce travail, était redevable à son accident d'une ectopie périnéale du testicule. Comme je n'avais aucune connaissance préalable de faits de ce genre, je fus fortement frappé par ce fait, je voulus me rendre compte des cas analogues qui pouvaient avoir paru dans la science. J'interrogeai alors, avec l'aide de mon père, diverses revues médicales, dictionnaires et traités spéciaux, et je recueillis quelques-unes des observations qui font aujourd'hui la base de ce travail.

Il y a quelque temps, voyant que j'allais avoir avant la fin de l'année à soutenir ma thèse inaugurale, je dis quelques mots de mon sujet à M. le professeur Estor, qui voulut bien

en accepter la présidence : qu'il reçoive ici tous mes remerciements.

Aux professeurs de la Faculté de Montpellier, auprès desquels j'ai toujours trouvé la sympathie la plus constante, et en particulier à M. le professeur Paulet, qui m'a honoré de sa bienveillance, l'hommage de ma plus vive reconnaissance.

A mes juges, je demande toute leur indulgence pour ce travail, dans lequel j'ai mis ce que j'ai pu de recherches et d'études, mais que le peu de temps dont je disposais d'une part, d'autre part l'ignorance de la langue allemande et l'absence d'un traducteur compétent, m'ont obligé de laisser incomplet.

INTRODUCTION

On a désigné depuis longtemps et on désigne encore sous le nom de hernie du testicule, la lésion dans laquelle cet organe, chassé de ses enveloppes à la faveur d'une plaie, soit primitive et directe, soit secondaire, fait apparition au dehors : ainsi, une lame tranchante divise le scrotum sur une assez large étendue, un éclat d'obus, une balle, le déchirent ou le traversent, la chute d'une eschare laisse une assez grande solution de continuité ; par ces divers modes d'ouverture le testicule se fait jour, retenu seulement par le cordon.

C'est là ce qu'on appelle une hernie du testicule.

D'autres fois le traumatisme qui agit sur les bourses, au lieu de déchirer les enveloppes, agit à la manière d'un corps contondant. A la suite de violences de cette nature, on a vu le testicule abandonner le sac scrotal, non pour faire hernie au dehors — il n'y a pas d'ouverture du sac — mais pour remonter dans diverses directions suivant le lieu d'application et le mode d'action de la force contondante. Les points que le testicule peut choisir pour s'y arrêter, sont :

1° Le canal inguinal, depuis son orifice externe jusqu'à l'orifice interne, et quelquefois par cette voie l'intérieur de l'abdomen lui-même ;

2° Le devant du pubis, la partie interne des cuisses, le périnée.

La plupart des auteurs modernes qui ont eu l'occasion de

s'occuper de ces accidents les ont désignés sous le nom de luxations du testicule.

Pour nous, remarquant que tout le monde est d'accord pour désigner sous le nom d'ectopie testiculaire la lésion congénitale dans laquelle le testicule s'arrête en un point quelconque du chemin qu'il doit suivre dans sa migration normale, ou bien suit une fausse route et vient se loger en un lieu plus ou moins éloigné de sa destination, nous n'avons pas vu la nécessité de chercher un nouveau terme, et l'épithète de traumatique nous a paru suffisante pour distinguer la lésion qui nous occupe de celle qui provient d'un arrêt ou d'une fausse route dans les phénomènes de migration et qu'on désigne sous le nom d'ectopie congénitale.

Nous avons fait rentrer sous cette épithète de traumatique quelques cas où il n'y a pas eu de choc direct sur les bourses, pas même de contusion extérieure quelconque, seulement un ictus moral accompagné d'un mouvement brusque ou d'un effort violent. Les ectopies de ce genre, comme nous tâcherons de le démontrer au cours de ce travail, doivent être attribuées à la contraction du crémaster. Le testicule est violemment attiré à travers l'anneau inguinal externe, ou simplement comprimé contre cet anneau trop étroit pour lui livrer passage. Dans ces deux cas il y a, sans nul doute, un certain degré de contusion de l'organe; ce qui le prouve, c'est son inflammation consécutive.

Nous adopterons donc le terme d'ectopie testiculaire traumatique, et nous l'appliquerons aux divers cas que nous allons examiner.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE
L'ECTOPIE TESTICULAIRE
TRAUMATIQUE

CHAPITRE I

ÉTIOLOGIE

Les causes de l'ectopie traumatique peuvent être divisées en directes et indirectes :

Parmi les causes indirectes, l'une qui pourrait, à meilleur droit, être rangée parmi les causes prédisposantes, est la laxité des orifices du canal inguinal, le relâchement des anneaux, notamment celui de l'anneau inguinal externe. La seconde est, au contraire, une cause déterminante : c'est la contraction spasmodique du muscle crémaster, muscle qui forme la tunique érythroïde adhérente à la membrane fibreuse et à la séreuse du testicule.

Cette tunique musculaire est parfaitement capable de soulever, par ses contractions brusques, le testicule et de le remonter jusque dans le canal, alors que le scrotum reste flasque et vide.

Cruveilhier a fort bien reconnu la réalité de cette ascension, et nous trouvons, dans le *Dictionnaire encyclopédique*, sous la signature de M. Farabœuf, que, « dans maintes circonstances (vomissements, coït, effort), on voit le testicule, entraîné par le crémaster, remonter vers l'anneau, tandis que le scrotum reste pendant, flasque et vide. » Malgaigne a remarqué sur les hernieux « qu'il suffit de provoquer la toux pour voir le crémaster soulever le testicule avec une vigueur très variable, puisque tantôt la glande s'élève de 12 à 15 centimètres, tantôt de 2 à 3 millimètres seulement. » (*Dictionnaire encyclopédique*, art. Crémaster, I, XXIII, p. 4.)

Il y a mieux encore : l'observation de Terrillon ne laisse aucun doute sur la possibilité de l'ascension et de la fixation du testicule dans le canal sous l'influence d'un effort, si bien que, pour soulager le blessé, ont dû pratiquer la castration.

Même étiologie bien constatée dans l'observation de Ledentu et, peut-être, dans celle de Gaultier de Clagny. Enfin, dans l'observation de Hamilton, on voit le testicule remonté, peut-être par l'effet d'un traumatisme direct (choc sur la selle), et, resté d'abord au niveau de l'aîne droite, disparaître définitivement dans l'abdomen sous l'influence d'un léger effort. Quand nous aurons signalé seulement les observations d'ectopies survenues sous l'influence d'une surprise pendant le coït ou pendant la masturbation, quand nous aurons parlé de la rentrée et de la fixation de l'organe dans le canal par l'effet d'un bandage destiné à retenir une hernie concomitante, nous aurons évidemment mis hors de conteste l'action musculaire, comme cause d'ectopie accidentelle, soit qu'elle se limite à l'action du crémaster seul, soit qu'elle se complique de la contraction de quelques fibres du transverse ou du petit oblique.

Arrivons maintenant aux ectopies déterminées par un choc, une contusion, une impulsion plus ou moins violente.

L'observation de Gaultier de Clagny nous fournit une transition naturelle : le blessé tombe d'un fourgon sur lequel il était couché, une roue passe transversalement sur son ventre, à un pouce environ au-dessus du pubis : violente contusion de la paroi et rétraction des deux testicules dans l'abdomen, ou plutôt à l'orifice interne du canal. Rien n'autorise ici la supposition d'une action directe sur les testicules, quoique la paroi abdominale fût violemment contuse ; cependant ces organes disparaissent ensemble, probablement sous l'influence d'une contraction énergique des crémasters.

D'autres fois, le choc seul peut suffire à donner la clef de la lésion ; par exemple, dans le cas d'Hamilton, dans celui de Partridge et celui de Solenander. La disparition du testicule succède à des chocs uniques ou répétés sur le pommeau de la selle pendant des exercices d'équitation sur des bêtes aux allures dures et désordonnées.

Nous croyons cependant que le premier acte de l'accident doit consister dans la contraction du crémaster qui fixe le testicule à l'entrée du canal inguinal, alors que le choc doit agir simplement pour le refouler dans le canal.

Le même mécanisme nous paraît devoir être invoqué dans les ectopies extra-inguinales (Hess, Bruns, observation personnelle).

Ainsi, dans l'observation qui nous est personnelle, le garrot du cheval est entre les jambes du cavalier renversé. Supposons, à ce moment, le testicule fixé au niveau de l'entrée de l'anneau inguinal externe. Le cheval fait pour se relever un violent mouvement de recul, le testicule est repoussé par les vertèbres saillantes de l'encolure jusqu'au niveau de la marge de l'anus, région que cet organe aurait pu atteindre bien difficilement, si au moment de la pression occasionnée par le relèvement du cheval, moment précis indiqué par le blessé comme étant celui de son évanouissement, le testicule en question avait occupé le fond des bourses.

Il nous semble aussi légitime de supposer un mécanisme analogue dans le cas de Hess de Uster. Pour que le sabre qui joue ici le rôle d'agent contondant puisse pousser le testicule vers le haut de la cuisse, il faut que cet organe soit déjà fixé au niveau du canal.

Il nous semble, en effet, que le testicule occupant le fond des bourses, sa place normale, il ne pourrait guère aller prendre la position nouvelle où le trouva Hess, sans passer à travers les enveloppes.

Il aurait été intéressant de se livrer au sujet de ce mécanisme, à diverses expériences, soit sur le cadavre, soit sur les animaux, que nous ne pouvons en ce moment penser à instituer, n'en ayant ni le temps, ni les moyens. A de plus favorisés, nous laissons le soin de combler cette lacune.

En somme, il nous paraît assez clairement établi, par la lecture et l'examen attentif des observations que nous avons pu recueillir et rapporter au cours de ce travail, que la rétraction spasmodique du crémaster, et peut-être de quelques fibres des muscles de l'abdomen agissant plus ou moins directement sur le cordon, est la cause principale, sinon la cause unique des ectopies traumatiques du testicule. Cette rétraction préalable est, dans tous les cas, la condition initiale et nécessaire; car si le choc, dans notre cas par exemple, avait eu lieu sur un organe conservant sa place au fond des bourses, il n'aurait pu en être délogé qu'à travers une ouverture du scrotum, la direction de l'impulsion ne se prêtant à l'ectopie, que tout autant que le testicule a déjà quitté le fond du sac pour atteindre l'orifice du canal.

La poussée directe exercée par l'instrument contondant, n'agit peut-être que pour exagérer l'ectopie, si elle est inguinale, ou pour en modifier la direction.

CHAPITRE II

SYMPTOMES ET DIAGNOSTIC

Le symptôme qui domine tous les autres dans l'affection qui nous occupe est purement objectif: c'est, à la suite d'un traumatisme, l'absence du testicule du lieu qu'il occupe ordinairement, et sa présence dans une autre région.

Toutefois il n'est pas toujours facile de constater ce déplacement de l'organe. Souvent, lorsque le malade fait appeler l'homme de l'art, des symptômes concomitants intenses et bruyants peuvent masquer la situation de la glande; ainsi, dans l'observation qui nous est personnelle, un gonflement énorme du scrotum et des parties voisines, depuis le pubis jusqu'à l'anus, et l'état de collapsus du blessé, portaient un obstacle à peu près absolu au diagnostic. Toutefois il est un certain nombre de symptômes qui permettent de soupçonner le désordre et qui mettront sur la voie.

Lorsque le testicule est atteint de contusion, soit que cet organe soit déplacé violemment, soit qu'il reste logé dans ses enveloppes habituelles, le blessé éprouve d'ordinaire une douleur angoissante *sui generis*, qui ne peut guère être confondue avec aucune autre. Cette douleur est souvent assez vive pour amener une syncope: comme en font foi plusieurs des observations citées au cours de ce travail.

Quelques observateurs ont noté des coliques, des vomissements et même M. Ledentu dans le cas de Terrois (obs. V) a pu observer une série de phénomènes simulant à s'y méprendre les accidents de l'obstruction intestinale.

Dans ce cas les évacuations alvines ont vite amené dans l'état du malade une amélioration sérieuse. Les phénomènes d'étranglement observés dans ce cas devaient être dus à une action réflexe amenant des contractions spasmodiques de l'intestin.

La douleur angoissante et spéciale dont nous venons de parler est accompagnée d'une douleur moins vive dans les tissus voisins; la marche et même la station debout deviennent parfois impossibles : le malade, s'il peut encore se traîner, se penche en avant pour relâcher les muscles de la paroi antérieure de l'abdomen, du moins lorsque le testicule est venu se loger dans le canal inguinal. Enfin le malade se croit généralement atteint d'une lésion grave des organes abdominaux internes, et sa figure porte l'empreinte de l'angoisse la plus vive.

Au bout de peu de temps, quelques heures au plus, il survient un gonflement de l'organe ectopié et du tissu qui l'environne, gonflement dû à l'inflammation et souvent à l'extravasation sanguine. Si l'épanchement sanguin et l'inflammation ne sont pas trop considérables au début, et, dans le cas contraire, lorsque ces phénomènes ont commencé à céder, on trouve à la palpation une petite tumeur ovoïde, plus ou moins mobile, qui n'est autre que le testicule, auquel il a été quelquefois possible de faire réintégrer de suite son domicile normal. Dans les quelques observations que nous avons pu réunir, ce symptôme ne manque qu'une fois, c'est dans l'observation X, où nous voyons le testicule en ectopie franchir, non seulement l'anneau inguinal externe, mais aussi l'anneau interne et rentrer dans l'abdomen.

Les pressions, même légères, exercées sur cette tumeur réveillent facilement la douleur angoissante éprouvée par le blessé au moment de l'accident.

Mais si l'épanchement sanguin est considérable, l'infiltration du tissu cellulaire qu'il occasionne masque la lésion, et ce n'est qu'avec beaucoup d'attention, parfois même après quelques jours, que le médecin peut reconnaître l'état des parties.

C'est ainsi que dans l'observation qui nous est personnelle, l'ectopie, soupçonnée deux jours après l'accident, ne fut réellement reconnue que le huitième jour ; le troisième jour, dans le cas de Hess de Uster. Dans le cas de Bruns, on ne trouve l'ectopie que quatre semaines après ; mais, comme nous ne possédons qu'un résumé de cette observation, il est probable que le malade avait négligé de consulter le médecin.

Lorsque les deux testicules sont ectopiés, comme dans le cas de Gauthier de Clagny, on observe l'effacement du sac scrotal, et, si la contusion n'a pas porté directement sur l'organe, il est facile de s'assurer de l'absence des testicules. C'est alors que l'ecchymose, les éraflures, les déchirures superficielles peuvent se retrouver sur la partie inférieure de l'abdomen, sur laquelle le corps contondant doit avoir agi.

Où doit-on rechercher le testicule ? Dans les cas que nous avons pu reconnaître et analyser, c'est surtout du côté du canal inguinal, sur le pubis ou jusque dans l'intérieur de l'abdomen, enfin à la partie interne des cuisses ou au périnée jusqu'à la marge de l'anus ; néanmoins, dans le cas de rupture du cordon, rupture probable dans notre observation personnelle, on peut le supposer encore plus éloigné de son habitat ordinaire.

Si l'on peut, quoi qu'il en soit, dès le début ou du moins à une époque rapprochée de l'accident, s'assurer de l'état des testicules, on les trouve tantôt gonflés, enflammés, tantôt

nullement ou peu augmentés de volume et médiocrement douloureux. Cette variation, dans la réaction des organes, ne doit-elle pas tenir soit à l'accident direct qui a porté sur eux, soit au gonflement des tissus musculaires ou aponévrotiques au sein desquels ils sont retenus.

Enfin, dans quelques cas fort rares et dont notre observation peut offrir un type, il n'y a pas de gonflement ou d'orchite consécutive de la glande ectopiée. Il nous paraît que cette absence de réaction inflammatoire du testicule traumatisé ne peut être expliquée que par la rupture probable et complète ou à peu près complète des éléments du cordon, éléments nourriciers du testicule ; rupture, source de la vaste hémorragie sous-cutanée observée dans ce cas, et cause efficace et rapide de l'atrophie consécutive du testicule.

Ainsi et pour nous résumer :

Symptômes généraux : Lypothymies, syncopes, sensibilité exagérée des parties, douleurs angoissantes, vomissements, rarement phénomènes sympathiques d'étranglement interne.

Symptômes locaux : Absence de l'organe de son habitat ordinaire, aplatissement, effacement du scrotum, présence de l'organe à l'aîne, à la partie interne des cuisses, sur le pubis ou même au périnée.

Il va sans dire que l'interrogatoire du malade ne doit pas être négligé, car si les phénomènes à tendance syncopale, qui signalent souvent le début des accidents, empêchent souvent le blessé de donner des renseignements précis sur la genèse et la marche de l'accident, il peut toujours, lui ou son entourage, vous renseigner sur l'état antérieur du système génital et sur l'existence possible d'une ectopie congénitale.

CHAPITRE III

OBSERVATIONS

Observation I

(SCHENKIUS, d'après SOLENANDER)

Ectopie inguino-pubienne

En l'année 1562, ayant accompagné à la diète de Francfort mon très illustre prince, j'eus l'occasion d'y voir un noble seigneur des comtés d'Ættingen qui succomba à l'affection suivante :

Il avait fait un long voyage sur des chevaux de poste pour se rendre à Augsbourg et s'était senti durement projeté sur le pommeau de sa selle par les allures trop rudes de son cheval. Son testicule gauche fut tellement comprimé qu'il fut repoussé dans l'aîne jusqu'aux fibres les plus internes des muscles de l'abdomen, et ne put d'aucune façon être réduit. La région devint enflée et douloureuse, et ce noble seigneur resta très gravement malade pendant quelques semaines.

On le transporta à Francfort et on se mit à la recherche d'un médecin capable de le guérir. Il s'en trouva un qui promit d'y arriver par une opération semblable à celle que l'on pratique pour la cure de la hernie inguinale, ou bubonocèle. Mais sa fièvre empirant toujours, le blessé succomba avant que le chirurgien eût pu y mettre la main.

A l'autopsie on retrouva le testicule sous le péritoine entre les fibres les plus reculées des muscles de l'abdomen, et leur adhérent si bien qu'on aurait dit qu'il faisait corps avec eux.

Il résultait de là, à ce qu'il me parut après avoir fait un examen sérieux des parties, que le testicule n'aurait pu sans danger de mort être détaché de ce point par l'opération.

Vidi, anno 1562, cum illustrem meum principem Francofurtum ad comitia secutus essem, nobilissimum quemdam ex comitibus Ætingensibus virum qui

isto affectu interiit. Is cum magnis itineribus per dispositos equos Augustam contenderet, in via, ut fit ex duriore succussu equi, cum illideretur in ephippii anteriorem partem, testiculum alterum contorquens ita pressit, ut sinistrum inter infimas abdominis musculorum extremitates in unguem intruderet, quo postea reduci nullo modo posset. Tumore ibidem et dolore excitato, affluente aliunde humore, graviter aliquot septimanas generosus vir ita afflicto est. Delatus inde Francofurtum, huic malo medicum quæsit: Inventus est qui sectione, ut in inguinis hernia « *βουβωκοχηλη* » administratur, sanationem promitteret. Verum, augescente febre, priusquam Chirurgus admoveret manum extinctus est. Cum cadaver secaretur inventus est testiculus sub peritoneum, inter abdominis extremos musculos ita inhærescens ut quasi connatus istis videretur, neque ut ego aperto abdominis observavi constitutionem, potuisset integra valetudine sectione inde auferri.

Cette observation est tirée de Schenkus a Grafenberg (Joannes) observationum medicarum rariorum.

Lugduni Ant. Huguetan, 1644

Schenkus l'a lui-même empruntée à « Solenander » (Reinerius). Consiliorum medicinalium sectiones quinque quarum prima ante annos triginta octo a Joanne-Francisco de Gabiano Lugduni edita et cum consiliis celeberrimi medici Joannis Montani in 16 excusa, etc... ed. 2^a Hanoviae typis Wechel apud Cl. Martinium et her J. Aubrii 1609 sect. 4. cons. 18.

Observation II

(E. GAULTIER de CLAGNY, *Journal général de médecine*, t. 64, p. 325)

Ectopie inguinale double

Laurent C., âgé de vingt ans, d'une constitution assez robuste, d'un tempérament bilieux, jouissant d'une bonne santé, soldat au premier régiment de fusiliers de la garde impériale, fit en mai 1809 une chute d'un fourgon sur lequel il était couché. Il se trouva par terre couché sur le dos: la roue de cette voiture lui passa transversalement sur l'abdomen, à un pouce environ au-dessus du pubis.

Il en résulta une violente contusion de la paroi antérieure de l'abdomen, et sur-le-champ il y eut rétraction des cordons spermatiques et rentrée des testicules dans l'abdomen.

Transporté à l'hôpital de Lintz, et de là successivement à ceux de Munich et de plusieurs autres villes pour revenir en France, ce malade fut traité et guéri de la contusion des parois abdominales; mais l'acci-

dent principal, la rétraction des cordons, subsista toujours, malgré les traitements appropriés qu'on lui fit subir, tels que les bains, les cataplasmes émollients, les saignées, etc.

Trois mois environ après l'accident, il entra à l'hôpital militaire de la garde impériale, au Gros-Caillou, vers la mi-août 1809, et nous présenta les symptômes suivants :

Les testicules se trouvaient placés derrière les piliers internes des muscles grands obliques, immédiatement devant le pubis, sur lequel il était facile de les toucher : ces organes n'avaient pas acquis un volume plus considérable que celui qu'ils avaient précédemment, leur sensibilité était légèrement augmentée, le scrotum était entièrement effacé, la dilatation des anneaux un peu plus grande que dans l'état normal. Le malade éprouvait de vives douleurs dans la région lombaire ; les mouvements de progression étaient très difficiles, vu la pression qu'exerçaient les muscles abdominaux sur les testicules, le pubis fournissant un point d'appui à cette compression.

Ce militaire était obligé de marcher courbé en avant, le corps fléchi sur les cuisses et celles-ci sur les jambes : il manifestait l'expression de la douleur, et semblait prêt à tomber dans le marasme.

Il paraît que cette rétraction des organes séminaux était due à la contracture violente et subite des muscles abdominaux, et surtout des muscles obliques internes et transverses, déterminée par le passage de la roue de charrette sur la partie inférieure de l'abdomen.

En vain a-t-on employé à l'hôpital militaire du Gros-Caillou, le traitement ci-dessus indiqué : ni les bains, ni les autres moyens n'ont apporté de soulagement à cet état pénible et douloureux : en vain, a-t-on fait tousser le malade, on n'a obtenu aucun changement dans la position du testicule.

Dans le cas d'une maladie semblable, quel traitement employer ?... Ira-t-on inciser le pilier interne de l'anneau pour dégager le testicule ?...

Observation III

(HAMILTON, *Journal de Lucas-Championnière*, p. 321, année 1885)

. Ectopie inguinale devenue abdominale définitivement

Les Annales de la Société médico-chirurgicale de Liège rapportent un fait extrêmement rare, peut-être unique, relaté dans le *British medical* par le Dr Hamilton :

Il s'agit d'un soldat qui, pendant un exercice d'équitation, fut pris d'une douleur vive dans l'aine qui l'obligea à descendre de cheval. On constata alors dans l'aine droite une tumeur ovale, très sensible à la pression, et qui ne pouvait être autre chose que le testicule. En même temps que le testicule gauche avait sa position habituelle, le droit était absent ; or cet homme, ainsi qu'en faisaient foi les registres médicaux, avait auparavant les deux testicules dans leur position normale.

On essaya de réduire cette sorte de luxation : ce fut en vain ; la douleur provoquée étant insupportable, puis le malade étant allé à la garde-robe et s'étant penché brusquement vers le côté gauche, le testicule remonta dans l'abdomen ; lorsqu'il fût de nouveau examiné, on ne retrouva pas cet organe. Cet homme était menacé d'une orchite qui se développant dans l'abdomen aurait été très sérieuse. Cependant on le maintint au lit, on lui administra de petites doses de calomel et d'opium, répétées au bout de quelques heures, et on fit des fomentations sur l'abdomen ; la douleur se calma, et il se rétablit.

Quelque temps après cependant, à la suite d'un effort violent, le testicule reparut à l'anneau, mais ne tarda pas à remonter pour disparaître définitivement.

Actuellement, l'anneau inguinal externe est facilement accessible, on peut passer le doigt dans le canal, mais la toux ne provoque aucune impulsion et il n'y a pas de tendance à la hernie.

Observation IV

(CINTRAC, *Recueil de médecine et de chirurgie militaires*), 1863

Citée par Ledentu, thèse d'agrégation, p. 87

Ectopie inguinale

Le nommé Jean-Pierre B. . . , fusilier au 45^e de ligne, âgé de vingt et un ans, d'une bonne constitution, faisait l'exercice du trapèze au gymnase, lorsque, en se soulevant par le poignet, il ressentit subitement à l'aine droite une douleur très vive qu'il compare à une sensation d'arrachement, il tomba aussitôt évanoui. Revenu à lui, il constata avec surprise que le testicule droit ne se trouvait plus dans les bourses ; ayant essayé de se relever il éprouva une vive douleur dans l'aine droite, à la cuisse et dans la région lombaire du même côté. — Examiné, le blessé offrait les signes suivants :

Le testicule gauche est seul dans les bourses, le blessé affirme que le droit s'y trouvait aussi avant la chute, seulement un peu moins gros, à égale distance des deux orifices inguinaux. L'aîne droite présente une tumeur mobile, globuleuse, se dessinant sous la peau dans l'axe du canal inguinal et dont la pression détermine une douleur vive, caractéristique, analogue à celle que fait éprouver la compression du testicule gauche.

Un taxis doux et prolongé, pratiqué de haut en bas, n'ayant pas réussi à faire franchir au testicule l'orifice inférieur du canal inguinal par lequel il avait passé, le blessé fut envoyé à l'hôpital maritime où plusieurs tentatives de réduction n'eurent pas plus de succès.

Il revint douze jours après, marchant avec peine à cause de la douleur que lui causaient les mouvements de flexion de la cuisse. Il revint à l'infirmerie et l'on pratiqua sur lui plusieurs tentatives de réduction en sens inverse, c'est-à-dire de bas en haut, de façon à faire rentrer le testicule dans l'abdomen en lui faisant franchir l'anneau inguinal supérieur. La résistance éprouvée ne permit pas de renouveler des tentatives qui auraient exposé le malade à une orchite intra-inguinale. Quarante-six jours après l'accident, le malade pouvait marcher quelque temps le corps assez droit et presque sans douleur.

Observation V

(LEDENTU. — Thèse d'agrégation, p. 137)

Ectopie inguinale

Le nommé Eugène T..., âgé de vingt et un ans, exerçant la profession de terrassier, est entré à l'Hôtel-Dieu, salle Philippe, numéro 3, le 22 février 1869. La veille, le malade s'étant levé bien portant, il fit un effort peu considérable ; sous cette influence, le testicule droit, dont je décrirai tout à l'heure la situation habituelle, remonta dans la région inguinale. Immédiatement se manifestèrent de vives douleurs au pli de l'aîne, des coliques violentes qui obligèrent le malade à se mettre au lit. Ces phénomènes morbides augmentent d'intensité et se compliquent de vomissements. Le lendemain, à neuf heures du matin, T... entre dans mon service, je constate l'état suivant :

Le facies profondément altéré exprime une angoisse vive. Le ventre est ballonné et douloureux. Dans la journée, il y a eu plusieurs

vomissements de matières bilieuses d'abord, fécaloïdes ensuite, et des hoquets fréquents. Il n'y a pas eu de garde-robes depuis deux jours. Pouls, 96, respiration à 26. La peau paraît froide. L'agitation du malade est telle qu'il n'est pas possible de prendre la température axillaire.

Le testicule occupe la région inguinale: une de ses extrémités semble engagée dans l'anneau externe; il ne paraît pas, du reste, avoir augmenté de volume, et il n'est pas douloureux. On peut même, en procédant avec quelques ménagements, l'écarter de l'orifice aponevrotique et explorer ce dernier. Je constate l'absence complète de hernie, aussi les accidents ne paraissent-ils pas tenir à un étranglement intestinal proprement dit; ils semblent être directement sous la dépendance de l'ectopie testiculaire, qui a agi d'après un mécanisme sur lequel je m'arrêterai tout à l'heure. Quinze sangsues sont appliquées en couronne autour de la tumeur, onctions sur la paroi abdominale avec une forte quantité d'extrait de belladone, cataplasme de farine de lin. A l'intérieur, 45 grammes d'huile de ricin; ce médicament a été presque immédiatement rendu dans un vomissement.

La nuit et la journée du 23 sont mauvaises. Les phénomènes d'étranglement s'accroissent davantage encore. Le ventre est fortement ballonné. Les circonvolutions intestinales distendues se dessinent à travers les parois abdominales. La face est grippée. Les vomissements et le hoquet continuent. Les extrémités sont froides. Pouls à 120. Respiration à 32.

Dans la nuit du 24, le malade a des selles abondantes. Les symptômes morbides s'amendent avec rapidité. A la visite du soir le danger me paraît conjuré. Le ventre est bien moins tendu, à peine douloureux. Le pouls est à 80.

25 février. — La journée est très bonne. La physionomie du malade a pris une tout autre expression. Le ventre est souple et indolent, le pouls à 74. Le malade demande à manger. A ce moment il devient facile de faire descendre le testicule dans le scrotum, et une pression légère suffit pour l'y maintenir.

Observation VI

(TERRILLON, *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, 1885, p. 250).

Ectopie inguinale.— Orchite par effort

G..., âgé de quarante-cinq ans, journalier, marié père, de famille, entre à la Charité le 14 décembre 1883, envoyé par son médecin qui nous donne des renseignements assez précis sur les accidents qu'il a présentés.

Deux mois environ avant son entrée, en faisant un effort violent pour soulever une barre de fer, il éprouva brusquement une douleur extraordinairement vive dans le testicule gauche. Cette douleur fut tellement aiguë qu'il y eut une syncope, laquelle dura quelque temps.

Le malade affirme qu'il n'y eut aucune contusion directe et l'on ne voit en effet ni épanchement sanguin ni aucune trace de froissement. Le testicule gauche est remonté dans l'aîne et est très douloureux. Le malade éprouve en même temps des douleurs dans la région voisine de l'abdomen et dans la partie correspondante des reins.

Le lendemain, le testicule fixé dans sa nouvelle position devint plus volumineux et bientôt se présentèrent des phénomènes d'inflammation auxquels on opposa des émollients et des sangsues. En même temps se montrèrent des phénomènes généraux inquiétants, tels que vomissements, constipation opiniâtre, ballonnement et sensibilité du ventre, symptômes simulant un étranglement interne ou une péritonite localisée.

Cet état dura pendant une huitaine. La constipation céda sous l'influence des purgatifs, mais le testicule restait toujours volumineux, douloureux et fixé dans sa situation nouvelle.

Après trois semaines environ de repos absolu et de traitement bien ordonné, l'inflammation testiculaire avait en grande partie disparu et cependant le malade éprouvait toujours des douleurs vives qui l'empêchaient de se lever et même de se déplacer facilement dans son lit.

Les douleurs persistèrent ainsi sans s'améliorer, ne laissant presque aucun répit au malade, jusqu'à son entrée à l'hôpital, qui fut nécessitée par la diminution de ses ressources pécuniaires. A son entrée

dans le service, on trouve le testicule solidement fixé à l'entrée du canal inguinal, il est ratatiné, gros à peine comme le bout du petit doigt et présente à peine un cinquième de son volume normal. Il est tellement douloureux à la pression qu'il est très difficile à explorer. Toutes les tentatives pour le mouvoir sont infructueuses ; en même temps que les douleurs propres du testicule, le malade présente les symptômes d'une névralgie ilio-lombaire.

L'attitude de la cuisse est surtout remarquable ; elle est en flexion, abduction et rotation en dehors. Dès que le malade veut la ramener vers la ligne médiane ou la redresser, la douleur devient intolérable. Il est probable que, dans l'attitude qui donne le moins de douleur, l'anneau inguinal présente son maximum d'étendue et permet au cordon, un peu épaissi, et à la queue de l'épididyme placés à son niveau, de ne pas être comprimés.

Dans une autre attitude, l'anneau est resserré et les parties malades sont légèrement froissées. Par le fait de ces douleurs, qui s'exagèrent si facilement et qui reviennent, même sans provocation, presque tous les soirs, le malade est absolument impotent et ne peut pas quitter son lit.

Pendant près de deux mois, il fut soumis au repos absolu, aux purgations légères et à une série d'antinévralgiques. Ces moyens diminuèrent parfois les douleurs, mais sans améliorer la situation. Aussi, en présence de l'insuccès des moyens employés, des douleurs intolérables supportées par le malade, et aussi en tenant compte de l'atrophie du testicule réduit à un noyau fibreux, je proposai au malade la castration comme le seul moyen de guérir une affection aussi douloureuse.

L'opération fut pratiquée le 2 février 1884. Pendant la dissection, il fut facile de reconnaître que la vaginale, en partie oblitérée, était fixée aux parties voisines par sa face externe au moyen de tractus fibreux assez durs, traces de l'inflammation du tissu cellulaire. La dissection du cordon fut délicate, car, à partir de l'épididyme, il disparaissait de suite dans le canal inguinal. Il fut divisé en cinq petites parties liées séparément au catgut. L'artère différentielle et le canal déférent furent liés, pour plus de sûreté, avec un fil de soie. Un tube à drainage fut placé dans la plaie, la suture de la peau pratiquée au catgut.

Les suites furent très simples et le malade guérit en quelques jours. A la fin de février, il partit pour Vincennes, complètement guéri, mar-

chant facilement et n'ayant plus ressenti de douleurs depuis l'opération. Deux mois et demi après sa sortie de l'hôpital, il vint donner de ses nouvelles qui étaient excellentes. La cicatrice se voyait très peu. L'examen du testicule atrophie montre qu'il s'agissait là d'une destruction presque complète des tubes testiculaires, envahis par le tissu fibreux. L'épididyme était également altéré et presque cicatriciel. En un mot, le testicule présentait tous les caractères de l'atrophie qui succède à l'orchite traumatique.

Observation VII

Routier hôpital Laennec, C. DUCHESNE, *Traité chirurgical de l'ectopie testiculaire*. — Thèse Paris, 1890, p. 48.)

Ectopie inguinale

V. D., vingt et un ans, entré le 24 août 1888. A l'âge de sept ans, en roulant un tonneau, il fit un effort, perçut un craquement et il se forma une hernie qui a conservé son volume initial, jusqu'à il y a quatre mois. Elle augmenta alors et le malade, sur les conseils d'un médecin, essaya de porter un bandage dont il ne peut supporter la pression.

Ce serait au même moment, toujours vers l'âge de sept ans, que le testicule gauche serait remonté dans le canal d'où il ne serait plus sorti.

Ce testicule, notablement plus petit que le droit, est dans le trajet inguinal, faisant une légère saillie à l'orifice externe, saillie exagérée par la toux, les efforts, sans cependant sortir du canal inguinal. La hernie droite contient de l'épiploon et de l'intestin, elle descend jusqu'au contact du testicule. Ce jeune homme vient demander un soulagement pour les douleurs qu'il éprouve dans son testicule gauche : il ne peut, dit-il, faire un effort sans souffrir, et il lui arrive en outre de se contusionner la glande, ce qui redouble ses douleurs. Dès son entrée, essai de mobilisation de ce testicule par le massage, ce qui ne donne aucun résultat et est très mal supporté.

Opération le 6 septembre.

1° Cure radicale de la hernie par extirpation totale du sac et reconstitution de la vaginale.

2° Essai de remplacement du testicule en détachant aux ciseaux tou-

tes les adhérences qui unissent la vaginale au trajet inguinal. J'attire enfin le testicule toujours dans la vaginale et jusqu'au fond du sac scrotal, où je le fixe par la séreuse à l'aide de deux catguts et d'un crin de Florence. Suites normales, réunion totale.

Le 29 septembre, le testicule était en dehors de l'anneau, mais le scrotum était déjà relevé en doigt de gant.

Le malade sort, puis rentre le 31 avec un petit abcès au niveau du repli scrotal. Le testicule est encore plus petit qu'avant sa fixation ; il reste douloureux et je lui conseille de l'enlever, il s'y refuse. Revue en 1889 toujours avec une petite fistule.

Observation VIII

(Duchesne, *Traitement chirurgical de l'Ectopie testiculaire*. —
Th. de Paris 1890, p. 32.)

Ectopie inguinale intermittente

B... , dix-sept ans, affirme que, jusqu'à il y a deux ans, il ne présentait pas trace de hernie ; que ses deux testicules étaient descendus dans les bourses et offraient le même volume. A cette époque, à la suite d'un effort pour soulever un corps pesant, il sentit une grosseur dans l'aîne gauche. Le médecin appelé diagnostiqua une hernie et appliqua un bandage inguinal, qui fut bien toléré pendant deux ans.

Il y a six mois, à la suite d'une chute de cheval, le malade ressentit une vive douleur dans l'aîne et le testicule gauches, et constata que sa hernie était descendue dans le scrotum, tandis que le testicule l'avait quitté. Après un repos au lit de quelques jours, la hernie rentra spontanément, et le testicule reprit sa place dans le scrotum. Depuis lors, chaque fois que le malade était debout et marchait quelque peu, la hernie redescendait, tandis que le testicule remontait et n'était plus senti du malade. Le bandage devint absolument intolérable, le travail, la marche, les efforts très pénibles. Enfin, le testicule gauche diminua rapidement de volume, et c'est ce qui décida surtout le malade à se faire opérer. Il entre à Lariboisière le 5 août 1889.

On sent dans la poche scrotale gauche une tumeur volumineuse molle, réductible, constituée par l'intestin hernié ; le testicule ne se trouve pas dans le scrotum qui est absolument vide, lorsqu'on refoule la hernie. On reconnaît au milieu du pli de l'aîne le testicule à sa

consistance et à sa sensibilité spéciale, il est appliqué contre l'anneau inguinal externe et peut d'ailleurs être refoulé facilement dans le scrotum.

L'orifice du canal, de ce côté, est un peu plus grand que le droit : il admet l'extrémité du petit doigt, mais il est trop petit pour livrer passage au testicule.

Celui-ci, manifestement diminué de volume, est environ trois fois plus petit que l'autre.

Tous les matins, lorsque le malade n'est pas encore levé, le testicule est dans le scrotum et la hernie n'est pas encore sortie : mais, chaque fois qu'il se lève, la hernie descend et le testicule remonte au devant de l'anneau.

OPÉRATION le 20, par M. Nélaton.

Cure radicale de la hernie et fixation du testicule dans le sac scrotal au moyen d'un fil de catgut passé dans la vaginale et la paroi scrotale.

Résultats opératoires très satisfaisants : le malade quitte l'hôpital le 2 octobre avec un bandage. Le testicule est normalement placé mais plus petit que son congénère. Gros cordon cicatriciel au niveau de l'incision ; pas d'impulsion à la toux.

Revu en février 1890 : le testicule a augmenté de volume, il est maintenant aussi gros que le droit, ne remonte pas vers l'anneau, reste au fond du scrotum, disparition complète des douleurs ; le malade continue à porter son bandage, pas de la récurrence de la hernie.

Observation IX

(*Dict. ency.*, art. Testicule, t. 16, p. 569 ; d'après Hess de Uster.

Corresp. Blatt. für Schweizer Aertze, 1874, 1^{er} nov.)

Ectopie crurale

Hess de Uster a publié un cas d'ectopie testiculaire très intéressant. Un artilleur est renversé par terre sur le ventre, son sabre entre les jambes ; dans cette position une roue lui passe sur le corps en touchant d'abord la jambe. Le premier chirurgien qui le vit aperçut sous la peau de la cuisse droite une petite tumeur qu'il prit pour un hématome. Hess, le troisième jour après l'accident, constata que les bourses étaient vides à droite, tandis qu'à la face interne de la cuisse du même côté, au niveau de la partie inférieure du scrotum, c'est-

à-dire à deux pouces et demi environ au-dessous du pli crural, il se trouvait une tumeur très douloureuse aux moindres attouchements, du volume d'une amande, facile à refouler en haut; pas d'autres blessures sur ce membre.

Vu l'extrême sensibilité des parties, on différa jusqu'au lendemain la réduction du testicule, qui s'opéra assez facilement : la guérison survint sans aucun accident. Tout d'abord, le testicule ne descendit pas jusqu'au fond du scrotum, il y arriva trois mois après.

Bruns (de Tubingen) a rapporté un cas analogue. Un individu fut renversé par une voiture qui lui passa sur le corps. Le testicule se trouva luxé sur le pubis. Comme il y avait déjà quatre semaines, il fut impossible de le réduire, et cela sans qu'aucun accident s'en soit suivi.

(Bruns, *Centralblatt für Chirurgie*, 1885, p. 416, cité par Augagneur, même ouvrage, même page que précéd.)

Observation X

(PARTRIDGE, *British medical journal*, 1856, 10 july, citée thèse d'ag., Ledentu, p. 88, Paris, 1869.)

Ectopie périnéale

Un cavalier, étant retombé violemment sur le pommeau de sa selle, ressentit au scrotum une douleur subite et assez vive pour amener une syncope. Les jours suivants, il présenta au périnée une tumeur inflammatoire qui était due, à ce que l'on constata plus tard, à la présence du testicule; des adhérences le fixèrent définitivement à sa place nouvelle.

Observation XI

(PERSONNELLE)

Ectopie périnéale

Le 5 novembre 1892, un jeune homme, âgé de vingt ans, montait un cheval non dressé et sans selle; au passage d'un ruisseau torrentueux, la bête refusa d'avancer, et répondit aux excitations de son cavalier en se cabrant et en se renversant en arrière sur le sol ro-

cheux et inégal. Le cavalier se trouve pris sous sa monture, de telle sorte que le garrot du poulain pèse sur la région pubienne et tient le jeune homme cloué sur place. Le cheval se relève d'un coup et le cavalier ressent une douleur très violente, douleur qui amène une syncope.

Quelques personnes présentes à l'accident ou voisines du lieu où il s'était passé, relèvent le blessé et le transportent dans son domicile, distant d'environ deux kilomètres. On croit que les organes abdominaux internes sont écrasés, et on fait appeler mon père, médecin établi à une quinzaine de kilomètres du domicile du blessé. Mon père se trouvant empêché par diverses circonstances, je suis prié, en ma qualité d'étudiant en médecine, de le remplacer, et je me rends au désir des parents du malade.

À mon arrivée, je trouve le blessé couché, très souffrant, très abattu et se plaignant d'une violente douleur dans les parties génitales. Le scrotum est en effet énormément distendu par du sang épanché dans tous les tissus, depuis le pubis jusqu'à la marge de l'anus et la face interne des cuisses.

L'ecchymose se prolonge dans l'aîne gauche sur le trajet du cordon. L'abdomen est douloureux à sa partie inférieure, mais sans gonflement, le blessé n'a rendu du sang ni par l'urèthre ni par l'anus, pas de plaies au scrotum, je rassure le malade et sa famille, très impressionnés, je fais appliquer des compresses froides sur les parties et j'ordonne le repos absolu au lit et la diète lactée.

Le 7 novembre, mon père voit le blessé, son état est à peu près le même. Le scrotum, noir et distendu, a le volume d'une tête de fœtus : la tuméfaction empêche de retrouver le testicule gauche.

Le droit, assez difficilement senti, est un peu douloureux et plus gros que d'ordinaire. En prolongeant ses recherches du côté du périnée, mon père trouve, près de la marge de l'anus sur la partie médiane antérieure, une tuméfaction mal bornée se confondant par une trainée dure avec le scrotum, sans blessure des téguments dont la coloration était absolument noire. La pression sur cette tumeur est médiocrement douloureuse, la partie interne des deux cuisses est sensible : le malade se plaint de raideur dans la cuisse gauche, qu'il ne peut sans douleur porter en adduction ou en abduction. La tumeur prérectale est-elle due à la présence du testicule gauche qui paraît absent du scrotum, le cas est embarrassant, et rien ne paraissant motiver une

intervention active, les mêmes moyens résolutifs sont invoqués et appliqués.

Les douleurs éprouvées par le malade se calment, et il ne réclame un nouvel examen que le 13 novembre. A cette époque, le gonflement hémorragique du scrotum et du périnée a notablement diminué et mon père peut s'assurer que le scrotum est vide à gauche, et que la tumeur prérectale était en effet constitué par le testicule gauche. Introduisant alors un doigt dans l'anus du blessé, il retrouve à travers la muqueuse rectale la saillie de l'organe : une pression du doigt introduit dans l'anus, aidée d'un taxis doux pratiqué de l'autre main, réussit sans trop de peine à l'entraîner vers le scrotum et à l'y faire complètement rentrer.

Une pression en sens inverse ayant fait faire un moment au testicule un mouvement de régression vers l'anus, ce mouvement cause chez le malade un état lypothymique du reste bientôt dissipé.

Le malade est revu le 6 décembre ; les bourses ont beaucoup diminué de volume, leur teinte s'est éclaircie, l'induration périnéale persiste, la fièvre observée les premiers jours s'est amendée.

Le testicule gauche est resté dans le scrotum, il est diminué de volume : le cordon est parsemé de bosselures indolentes, surtout au niveau de l'épididyme. Le testicule gauche est notablement plus bas que le droit ; celui-ci est un peu gros, douloureux à la pression, ainsi que l'épididyme.

Le cordon est aussi gros et douloureux, ainsi que quelques ganglions de l'aîne. Le trajet suivi par l'organe ectopié est encore engorgé. Le blessé peut se lever, mais se sert assez difficilement de la jambe gauche, dont les mouvements sont pénibles et saccadés.

Nouvelle visite seulement le 20 janvier 1893, le gonflement scrotal et l'ecchymose ont à peu près disparu, le testicule droit est revenu à son état normal.

Le testicule gauche est réduit à la grosseur d'une petite amande ; l'épididyme est inappréciable, les nodosités observées sur le cordon ont disparu, il paraît se continuer jusqu'à l'orifice interne du canal inguinal. De la base du testicule part un cordon induré gagnant le périnée et suivant la ligne suivie précédemment par le testicule en ectopie.

Le blessé fait sans fatigue de longues marches ; il a, dit-il, des érections comme avant son accident.

Il est, enfin, revu quelques mois plus tard ; l'atrophie du testicule

gauche est à peu près complète, cet organe n'a guère plus que la grosseur d'un haricot : la marche et l'équitation sont redevenues facile : Appelé à comparaître devant le conseil de révision, notre jeune homme est déclaré bon pour le service militaire.

CAS VARIÉS

En outre des observations données tout au long ci-dessus, nous avons trouvé, dans la littérature médicale, divers cas dans lesquels le testicule franchit l'anneau inguinal externe et suit en sens inverse le trajet qu'il a suivi dans sa descente. Le manque de détails que nos recherches n'ont pu arriver à suppléer, nous invite à citer seulement pour mémoire ces quelques observations incomplètes :

I. — *Censier* (Th. de Paris, 1889, p. 29) emprunte à Godard le cas suivant :

Un jeune homme de dix-neuf ans était, dit Godard, privé de tous les plaisirs de son âge par suite des contractions spasmodiques de ses muscles crémaster. Elles étaient si énergiques qu'elles forçaient les glandes, la droite surtout, à rentrer dans les canaux inguinaux où elles étaient douloureusement comprimées.

II. — *Debout* (*Bulletin de thérapeutique*, 1864, variétés) raconte l'histoire d'un jeune conseiller qui ne pouvait rester quelque temps en compagnie de dames, sans que son crémaster, fortement contracté, ne forçât les testicules à franchir l'anneau inguinal externe. Il en éprouvait de vives souffrances qui l'obligeaient bientôt à se retirer.

III. — *Lecomte* cite dans sa thèse le cas d'un malade soigné dans le service de Larrey au Val-de-Grâce, pour un rétrécissement et chez lequel chaque cathétérisme amenait le brusque retrait du testicule qui s'engageait très bien dans le canal et devenait douloureux (*Censier*, Thèse, p. 33).

IV et V. — *De St-Germain*. — On a souvent à traiter des enfants dont les testicules ne sont pas descendus et dont la descente donne lieu à des accidents plus ou moins graves ; mais ce qui est extrêmement

rare, c'est la réascension du testicule, fait dont M. de Saint-Germain dit avoir observé deux exemples bien nets.

Dans le premier cas, un enfant de neuf ans, menacé brusquement d'un coup, éprouve une violente frayeur et fait un mouvement brusque à la suite duquel les deux testicules remontèrent dans l'abdomen. Cet état se maintint assez longtemps, et ce ne fut qu'au bout de deux mois et demi que les testicules reprirent leur place ; dans ce cas comme moyen gymnastique pour aider la descente, M. de Saint-Germain prescrivit le saut à la corde.

Dans un autre cas, ce fut à la suite d'un coup de pied dans le ventre que le testicule remonta, l'enfant souffrit beaucoup pendant quelque temps, mais le testicule ne tarda pas à descendre complètement.

Ce sont là des faits tout à fait exceptionnels qu'il faut connaître, puisqu'ils peuvent se présenter dans certaines circonstances particulières.

(De Saint-Germain, *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, 1879, p. 400. — Cité dans la thèse de Censier.)

VI. — *Gérard Marchand* a observé plusieurs cas de coliques testiculaires déterminées par des contractions du crémaster et l'ascension des testicules dans le canal inguinal.

Cet état est habituellement passager. L'organe redescend et tout rentre dans l'ordre (Censier, Thèse, p. 42).

VII. — Nous devons à l'obligeance d'un de nos amis, M. *Champe-nois*, ex-interne de l'hôpital d'Alger, la relation de deux cas d'ectopie testiculaire traumatique dus à la pression d'un bandage mal appliqué. Dans le premier cas, il s'agit d'un adulte dont le testicule, refoulé dans le canal avec une hernie inguinale par la pression d'un bandage appliqué par un empirique maladroit, se fixa dans cette région d'une manière définitive.

Dans le second cas, un bandage appliqué chez un jeune enfant par une sage-femme, refoula encore le testicule dans le canal ; la lésion fut heureusement reconnue à temps par des praticiens intelligents et le testicule put, au bout de trois mois, être ramené dans son habitat normal. — Le manque de temps nous a malheureusement empêché de recueillir in-extenso ces deux observations intéressantes qu'on pourrait sans nul doute retrouver à l'hôpital d'Alger.

CHAPITRE IV

TRAITEMENT

L'étude que nous venons d'essayer n'a pas été spécialement dirigée en vue du traitement. Notre expérience personnelle est loin de pouvoir nous fournir des données autorisées ; d'autre part les observations que nous avons pu réunir nous montrent que tantôt la lésion dont nous nous occupons est venue à guérison sans traitement, tantôt les traitements les plus appropriés n'ont produit aucun effet. Toutefois, pour ne pas laisser absolument incomplet ce travail, que le manque de temps et aussi le manque de compétence nous obligent de rendre aussi succinct que possible, nous allons tâcher de résumer les diverses indications qui nous paraissent résulter de cette étude.

Une première indication s'impose à l'esprit du chirurgien : il s'agit de remettre l'organe ectopié dans la situation primitive qu'il n'aurait pas dû quitter. Si l'homme de l'art est appelé de bonne heure, un massage doux et persévérant, une sorte de taxis en sens inverse de celui qu'on pratique dans la hernie intestinale peut être invoqué utilement. Ce taxis doit être pratiqué de haut en bas pour les ectopies pubiennes, de haut en bas et de dehors en dedans pour les inguinales, de dehors en dedans pour les crurales, de bas en haut et d'arrière en avant pour les périnéales. Malheureusement cette action, toute rationnelle et simple qu'elle paraît, n'obtiendra souvent aucun résultat. La contraction des tissus musculaires

d'une part, l'exquise sensibilité de la glande d'autre part, rendent vaines et souvent impossibles les tentatives du taxis.

Certains médecins ont voulu faire sauter, tousser, démenner violemment le malade, soit tout d'abord, soit après des bains prolongés, des cataplasmes, des applications huileuses et belladonnées ; ainsi M. de Saint-Germain prescrivit le saut à la corde dans un des cas que nous citons à la suite de nos observations. L'expérience nous apprend toutefois qu'il ne faut pas trop compter sur ces moyens, et que, dans les cas où ils ont paru couronnés de succès, la nature, *alma parens*, est peut-être le seul agent efficace. D'autre part, nous voyons que la plupart du temps les déplacements traumatiques du testicule sont suivis à bref délai de phénomènes inflammatoires qui s'étendent aux tissus voisins et rendent le testicule adhérent, si bien qu'en cas d'autopsie, l'organe ectopié semble faire corps avec les tissus environnants (observation de Solenander).

Le chirurgien ne doit pas cependant rester inactif en face de la lésion qui nous occupe. En effet, comme nous le disent Trélat et Peyrot, dans leur article du *Dictionnaire encyclopédique* : « L'ectopie la plus simple et la plus dépourvue de complications, peut être l'origine de douleurs, d'un sentiment de gêne habituelle, de poussées inflammatoires, qui s'opposent à l'exercice de certaines professions, rendent la vie pénible, et obligent quelquefois à une opération radicale. »

Ces lignes de Trélat et Peyrot, destinées à l'ectopie congénitale, peuvent parfaitement, je dirais même à fortiori, s'appliquer à l'ectopie traumatique. Il nous semble donc que, dans le cas où le testicule ectopié devient une gêne sérieuse pour le patient, cas fréquent, si nous nous rapportons à nos observations, le chirurgien ne doit pas hésiter à proposer à son malade une opération sanglante qui le débarrassera des inconvénients de son affection.

Nous ne voulons pas parler ici de la castration pratiquée dans le cas de Terrillon (obs. VI), opération justifiée dans ce cas par l'atrophie du testicule en ectopie, mais simplement d'une opération qui consiste à aller rechercher le testicule par une incision à ciel ouvert, le libérer de ses adhérences et le réintégrer dans son habitat normal, c'est-à-dire dans le sac scrotal, où on le fixe au moyen d'un ou plusieurs points de suture.

Les observations VII et VIII, tirées de la thèse de M. Duchesne, prouvent que cette opération a des chances de réussite suffisantes. On pourra remédier à l'invagination du scrotum, observée dans l'un de ces cas, comme du reste dans d'autres opérations pratiquées en vue de guérir des ectopies congénitales, en pratiquant la section du crémaster et de tous les éléments du cordon, sauf le canal déférent et l'artère spermatique. Lucas-Championnière, dans la *Revue des sciences médicales de Hayem* (t. XXXIV, p. 685), nous dit avoir pratiqué cette opération et en avoir obtenu un beau succès.

L'observation I nous montre, du reste, que, s'il faut en croire Solenander, il se trouvait, dès 1562, des chirurgiens assez hardis pour proposer, en vue de guérir l'ectopie, une opération analogue à celle de la cure radicale des hernies inguinales. Or nul ne saurait nier que les progrès de la chirurgie actuelle ont fait aujourd'hui une opération simple et presque dépourvue de danger, de ce qui, jadis, pouvait à bon droit faire reculer un praticien consciencieux.

L'opération que nous nous permettons de conseiller est du reste une opération conservatrice, puisque, même lorsque le testicule semble atrophié, qu'il est réduit au tiers de son volume primitif, nous le voyons, après sa descente et sa fixation dans les bourses, reprendre son volume normal, comme en fait foi l'observation VIII tirée de la thèse de M. Duchesne.

Il va sans dire, du reste, que l'opération en question ne sera

proposée au malade, que, d'une part, lorsque les douleurs et la gêne, survenant à la suite de l'ectopie, en font une affection grave, et, d'autre part, lorsque les moyens de douceur auront échoué. Par ces moyens de douceur, nous entendons : les bains, sangsues, cataplasmes, applications froides ou belladonnées, et enfin le taxis doux, qui dans quelques cas ont suffi pour débarrasser le malade, et ramener le testicule ectopié dans son habitat normal.

Nous sommes heureux de pouvoir appuyer les considérations précédentes sur une autorité telle que celle de MM. les professeurs Forgue et Reclus, qui, dans leur excellent *Traité de thérapeutique chirurgicale*, indiquent au chirurgien, en face de l'ectopie lorsqu'elle devient gênante, une conduite analogue à celle que nous venons d'exposer.

CHAPITRE V

PRONOSTIC ET CONCLUSIONS

Il est difficile de poser d'une manière générale le pronostic des ectopies testiculaires traumatiques, surtout si l'on fait rentrer sous cette dénomination, comme nous l'avons fait au cours de ce travail, les ectopies produites par la rétraction du crémaster sans choc direct, traumatisme proprement dit du côté du testicule.

En effet nous voyons certains malades porteurs d'ectopies testiculaires n'en être nullement gênés et continuer à vaquer à leurs occupations. D'autres fois, la même affection provoque chez ceux qui en sont atteints des accidents douloureux d'une grande intensité, telle qu'elle produit facilement des syncopes. Enfin dans un cas (Solenander, obs. I) nous voyons le blessé succomber à la suite d'une ectopie inguinale non réduite. Un autre malade (Terrillon, obs. VI) présente les symptômes alarmants de l'obstruction intestinale ou de la hernie étranglée.

Ces deux derniers cas prouvent que le médecin appelé pour une ectopie testiculaire se trouve en face d'une affection assez grave. Néanmoins il nous semble qu'il n'y a pas à exagérer cette gravité, puisque, même après l'échec des moyens de douceur énumérés à l'article traitement, l'homme de l'art aura toujours la ressource d'une opération, qui, grâce au

progrès de la chirurgie actuelle, peut être à bon droit classée parmi les opérations bénignes.

Nous disons donc en quelques mots, et ce sera le couronnement de cette étude que nous aurions voulu plus complète, que l'ectopie testiculaire acquise, presque toujours gênante et douloureuse, peut devenir quelquefois grave et nécessiter l'intervention chirurgicale ; à ce moment-là le chirurgien ne devra pas hésiter à opérer. Son intervention sera du reste, d'une manière générale, facilement acceptée et souvent même réclamée par le malade qui demandera à tout prix un soulagement à ses souffrances. Plusieurs des observations que nous avons sous les yeux prouvent le fondement de cette dernière assertion.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- AUGAGNEUR MOLLIÈRE et RECLUS. — Art. Testicule du Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales.
- CENSIER. — Ectopie en retour (Thèse de Paris, 1889).
- CINTRAC. — Recueil de médecine et de chirurgie militaires.
- COUTAN. — Contribution à l'étude de l'orchite traumatique (Thèse de Paris, 1881).
- CURLING. — Traité pratique des maladies du testicule. — Traduit et annoté par Gosselin. Paris, 1887.
- DEBOUT. — Bulletin de thérapeutique, 1864.
- DE SAINT-GERMAIN. — Journal de médecine et de chirurgie pratiques. 1879, p. 400.
- DUCHESNE. — Traitement chirurgical de l'ectopie testiculaire (Thèse de Paris, 1890).
- DUPLAY et RECLUS. — Traité de chirurgie. — Luxations du testicule.
- FARABŒUF. — Art. Crémaster. Dict. encyclop.
- FOLLIN et DUPLAY. — Traité de pathologie chirurgicale, t. VII, p. 356.
- FORGUE et RECLUS. — Thérapeutique chirurgicale.
- GAULTIER DE CLAGNY. — Journal général de médecine.
- HAMILTON. — Journal de Lucas-Championnière, 1885.
- LEDENTU. — Thèse d'agrégation, Paris, 1869. — Anomalies du testicule.
- MONOD et TERRILLON. — Contusions du testicule. (Arch. de Méd., t II, 1881).
- PARTRIDGE. — British medical journal, 1856, 10 july.
- SCHENKIUS a GRAFEMBERG (Joannes). — Observationum medicarum rariorum (Lugduni. Ant. Huguetan, 1644).

Société de chirurgie. — Bulletin d'avril et de juillet 1889. — Discussion sur la descente et la fixation du testicule en ectopie.

SOLENER (Reinerus). — Consiliorum medicinalium sectiones quinque, ed. 2^o Hanoviæ. Typis Wechel apud Cl. Martinium et Her. J. Aubrii, 1609.

Vu et permis d'imprimer :

Montpellier, le 24 juillet 1896.

Pour le Recteur :

L'Inspecteur d'Académie délégué,

L. YON.

Vu et approuvé :

Montpellier, le 23 juillet 1896.

Le Doyen,

MAIRET.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime, si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères, si j'y manque !
